

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 70

ÉTUDE ANATOMIQUE

sur quelques cas de

Môles observées en place

DANS L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 Janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

H. BALLEYDIER

Né à Montluçon (Allier), le 25 Février 1893



LYON
IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1922



ÉTUDE ANATOMIQUE

sur quelques cas de

Môles observées en place

DANS L'UTÉRUS

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ
Doyen	MM. J. LEPINE
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
EACASSAGNE. TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....	X...
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIER
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	DD
	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
— Chimie minérale.....	BARRAL
— Accouchements	COMMANDEUR
— Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. COMMANDEUR, *Président* ; M. CONDAMIN, *Assesseur* ;
MM. PATEL et DUROUX, *Agrégés*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 70

ÉTUDE ANATOMIQUE

sur quelques cas de

Môles observées en place

DANS L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 Janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

H. BALLEYDIER

Né à Montluçon (Allier), le 25 Février 1893



LYON

IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A MES FILS ANDRE ET GUY

Je dédie ce modeste travail en gage
de ma profonde tendresse.

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR

Qui, après nous avoir inspiré le sujet
de cette thèse, nous a fait l'honneur
de la présider. Nous lui adressons nos
respectueux remerciements.

AUX MEMBRES DE MON JURY

INTRODUCTION

Nous n'aurons pas en vue, dans ce modeste travail, d'entreprendre une étude complète de la môle hydatiforme, ni de chercher à élucider sa pathogénie encore fort obscure. Nous voulons simplement, avec deux pièces que M. le professeur Commandeur a eu l'amabilité de mettre à notre disposition, réunir quelques observations de môles en place dans l'utérus.

Rares en effet sont de telles observations dans la littérature médicale. Il a fallu, soit des indications opératoires formelles d'hystérectomie pour des hémorragies très importantes, soit des erreurs de diagnostic, soit enfin, comme dans l'observation personnelle de M. le professeur Commandeur, des conditions tout à fait spéciales que nous relaterons dans un instant.

Certains auteurs ont indiqué d'enlever l'utérus dans tous les cas de môle hydatiforme; cette méthode aurait permis l'étude de nombreux cas de môles en place, mais l'opposition générale dressée devant pareille méthode ne laisse pas supposer qu'elle se généralise.

Ces cas offrent un gros intérêt, car ils permettent d'étudier, d'une façon aussi exacte que possible, les rapports de la môle avec la paroi de l'utérus. Et c'est sur ces faits

que nombre d'auteurs ont basé des essais de pathogénie et de pronostic de la môle.

Dans les deux pièces que nous avons étudiées nous constatons la dégénérescence kystique des ovaires, associée à la môle hydatiforme. Sur les trois observations que nous citons, deux viennent encore confirmer ce fait. Dans la troisième, celle de Ferguson, il n'est pas fait mention des ovaires.

Depuis déjà fort longtemps, l'attention des auteurs avait été attirée par ce fait. Gregorini mentionne, le premier, cette coïncidence dans une thèse de Halle, en 1795. Après lui la question reste dans l'ombre pendant un siècle. Marchand reprend cette étude en 1895. Calderini, au XIII^e Congrès international des sciences médicales à Paris, en 1900, en rapporte trois observations personnelles. Runge, en 1905, réunit douze observations et la même année, Patellani en publie quarante-quatre cas.

Dans ces dernières années la question est très à l'ordre du jour, et, parmi les nombreuses observations faites à ce sujet, nous ne citerons que celles de Malcolm and Bell (1904), Goullioud (1907), Gilles et Grimoud (1911), Calderini et Oui (1915). En 1920, nous trouvons les noms de Jemtel, Potocky, Coventry. Plusieurs thèses ont aussi été inspirées par ce sujet : celle de Livadas Demosthenes (Lyon, 1906), celle de Pouget (Toulouse, 1911), celle de Davaris Constantin (Paris, 1915), celle de Fisch (Paris, 1919), celle de Thomas (Lille, 1920), celle de Lorient (Montpellier, 1921).

D'après tous ces auteurs la dégénérescence kystique des ovaires serait presque la règle au cours de la môle hydatiforme. Ces kystes ont même une constitution spéciale :

ils sont formés aux dépens des corps jaunes, ce sont des kystes lutéiniques de l'ovaire.

*
* *

Nous commencerons donc ce travail en citant les quelques observations de môles en place, que nous avons trouvées dans la littérature médicale. Elles se réduisent à trois : une du professeur Ferguson, d'Edimburgh, une du docteur Sauvage, accoucheur des hôpitaux de Paris, une du docteur Aubert, chirurgien des hôpitaux de Marseille. Nous les ferons suivre de l'étude de deux pièces : l'une personnelle à M. le professeur Commandeur, l'autre provenant de la clinique du professeur Polosson. C'est sur ces deux dernières pièces qu'a porté notre étude anatomo-pathologique.

Nous grouperons enfin en un bref résumé les constatations que nous aurons pu faire.

*
* *

Nous nous excusons de ne pas citer dans le texte trois autres observations anglaises de môles en place que le professeur Ferguson signale dans son travail. Cette omission tient à ce que nous avons perdu beaucoup de temps à nous procurer cette observation. Après avoir vainement cherché, à la bibliothèque de Lyon et à celle de Paris, le journal anglais dans lequel le travail du professeur Ferguson est reproduit, nous nous sommes décidés à écrire à l'auteur lui-même. Par retour du courrier, le professeur Ferguson nous a fait parvenir l'observation que nous

cherchions. Nous tenons à le remercier ici de sa très grande amabilité.

Nous nous contenterons donc de signaler ici-même ces trois observations anglaises de môles en place, afin qu'elles ressortent nettement de notre bibliographie :

CHRISTOPHER MARTIN. — *Transaction of the Edimburgh Obstetrical Society*, 1896, vol. XXI.

FAVELL (de Sheffield). — *North of England Obstet. and Gynæcol. Transaction*, 1907.

FOTHERGILL (de Manchester). — Hysterectomy for hydatiform mole (*Journ. of Obst. and Gyn. British Empire*, Londres 1914, p. 86, XV).

OBSERVATIONS

Parmi les cinq observations qui seront la base de notre travail, quatre portent sur des utérus mûlaires volumineux. Dans la cinquième, une môle est greffée près de la corne utérine droite. Cette pièce est surtout remarquable par ses ovaires kystiques.

Nous allons brièvement résumer les circonstances cliniques qui ont accompagné chacun de ces cas, afin de bien dégager dans chacune des observations la partie purement anatomo-pathologique.

Dans le cas de Ferguson (Observation I), il s'agit d'une malade de 49 ans ayant vu ses règles disparaître en septembre 1912. Le 27 novembre, à la suite d'un accident, il se produit des hémorragies vaginales qui dureront, intermittentes, jusqu'au jour de l'opération, faite en décembre de la même année, par le docteur Ferguson. Cette intervention nécessitée par l'état de plus en plus alarmant de la malade, est faite sans que le diagnostic exact soit posé. A l'examen, on constate une tumeur utérine légèrement ramollie, un peu déviée à droite, et remontant presque jusqu'à l'ombilic. Le toucher confirme ce diagnostic de tumeur utérine, associée à une grossesse, sans que la nature de la tumeur soit définie d'une façon exacte. Le col

est dur, cartilagineux, l'orifice externe est fermé. De petits fibromes encerclent le segment inférieur. Il est impossible de découvrir des parties fœtales et d'entendre les bruits cardiaques fœtaux. « J'en ai conclu, dit Ferguson qu'il s'agissait plutôt d'un utérus fibromateux compliqué d'une grossesse avec placenta prævia ou d'un môle hydatiforme. Il n'y avait pas eu pourtant d'émission de vésicules ». L'utérus est enlevé par la voie abdominale ; on ne touche pas aux ovaires. Les suites opératoires sont excellentes.

Dans l'observation II de Sauvage, il s'agit d'un utérus enlevé par hystérectomie, chez une femme dont la grossesse avait été méconnue. « D'après les renseignements malheureusement incomplets qui ont été recueillis, dit l'auteur, le rythme de la menstruation était troublé depuis plusieurs mois par des hémorragies. La malade se plaignait d'avoir maigri, mais il n'a pas été possible de préciser s'il y avait eu des vomissements, de l'albuminurie et d'autres signes d'intoxication. Au moment de l'examen, l'utérus était régulièrement développé, le fond était à la hauteur de l'ombilic. Aucun des signes qui caractérisent la présence d'un produit de conception ne put être perçu et on se rallia au diagnostic de fibrome. L'intervention fut décidée en raison de l'état très précaire dans lequel se trouvait la malade. En ouvrant l'utérus, après l'intervention, on reconnut la présence d'une môle. L'examen ne fut pas poussé plus loin ; la pièce fut conservée dans une solution de formol et me fut adressée quelques jours plus tard. »

L'observation III, du docteur Aubert a trait à une tertipare de 37 ans, qui, pendant les deuxième, troisième et quatrième mois de sa grossesse présenta des hémorragies abondantes. Une grosse masse perçue dans le Dou-

glas fait porter le diagnostic de grossesse compliquée de kystes ovariens, soulevant l'utérus et provoquant des hémorragies par tiraillements. On décide une intervention pour enlever le kyste. Par une laparotomie sous-ombilicale, on aborde un utérus très gros, beaucoup plus gros que dans une grossesse de quatre mois. En arrière de l'utérus, on trouve une grosse masse kystique ovarienne bilatérale. Après ligature des pédicules ovariens, les kystes sont enlevés ; mais le pédicule de l'ovaire droit saigne si abondamment que l'hémostase ne peut se faire. On se voit dans l'obligation de pratiquer l'hystérectomie.

L'observation IV, de M. le professeur Commandeur, relate l'histoire d'une femme qui est morte en arrivant à la première infirmerie de la Charité, en 1910. Cette femme, enceinte de cinq mois, avait été saignée à blanc par une hémorragie utérine qui avait cessé au moment de son arrivée dans le service. Il fut impossible de la ranimer. Le diagnostic de môle n'avait pas été posé au moment de son entrée, et M. le professeur Commandeur, croyant se trouver en présence d'un fœtus de cinq mois, fait prélever à l'autopsie l'utérus et les annexes qui sont placés dans le formol. Ce n'est que quelques mois plus tard, à l'occasion de l'examen de la pièce que l'on reconnut la cause de l'hémorragie utérine.

L'observation V est l'étude d'une pièce, utérus avec ses annexes, enlevée par le docteur Pellanda, à la clinique de M. le professeur Polosson, chez une femme qui présentait des métrorragies abondantes et des tumeurs kystiques annexielles.

C'est l'étude de ces deux dernières pièces qui nous a fourni matière aux examens que nous avons pratiqués.

OBSERVATION I

*Un cas peu habituel de môle hydatiforme
enlevée par hystérectomie abdominale
par J. HAIG FERGUSON (1)*

Examen des préparations pratiqué par le docteur James Young.

A l'état frais, l'utérus avait le volume d'un utérus contenant un fœtus de six mois. L'augmentation de volume était uniforme et, à l'exception de sa consistance dure, il donnait l'apparence d'une grossesse. L'utérus a été sectionné au niveau de l'isthme. Il y avait quelques vésicules môleires dans le canal cervical.

L'utérus, après avoir été préparé dans la formaline, a été coupé sur la ligne sagittale médiane. Nous avons alors trouvé une môle hydatiforme *in situ*. Etant donné que la paroi de l'utérus a environ la grosseur d'un tiers de pouce dans toutes ses parties, l'utérus est distendu uniformément par la môle. Les vésicules sont de différentes grosseurs, certaines atteignant un demi-pouce de diamètre. Elles sont tassées les unes contre les autres dans une matrice de sang. Sur la plus grande partie de leur surface, les vésicules sont tassées contre la paroi utérine. Dans aucun endroit, il n'y a de signes d'érosion extensive ; dans une des sections, on trouve pourtant une villosité môleire dans une cavité creusée aux dépens de la paroi utérine. Sur le reste de la surface le muscle présente une jolie ondulation et les excavations ainsi formées sont occupées par des villosités. Il est remarquable qu'il y ait si peu de processus érosif et il est intéressant de voir que la destruction du tissu utérin est uniforme partout. Ni dans les sections, ni sur la surface péritonéale on ne trouve de perforations de la paroi utérine. Jugeant d'après ce que l'on voit à l'œil nu, ces faits correspondent à une invasion bénigne. Sur la partie postéro-inférieure de l'utérus il y a un petit fibrome.

Sur la partie antérieure de la section, il y a un espace allongé, de deux pouces et demi de longueur, occupé par un caillot san-

(1) *Transaction of the Edinburgh obstetrical Society*, 1913, t. XXXVIII.

guin. Dans cette région, la môle est séparée de la paroi musculaire par le caillot. Il s'agit probablement de la cavité utérine. Sur la surface de la môle, dans cette région, on voit une mince couche de tissu qui, à ses deux extrémités, est fixée aux parois de l'utérus. Si le caillot se trouve dans la cavité utérine, cette couche correspond à la caduque réfléchie.

Les remarques, faites à l'œil nu, sont plus évidentes encore quand on pratique des coupes dans une portion de l'utérus, fixée dans la celloidine.

VUES MICROSCOPIQUES. — Dans toutes les parties de contact des villosités molaïres avec l'utérus, on note les caractères ordinaires avec invasion du chorion. Il y a une couche de tissu nécrotique infiltré de sang. On y voit bien distinctement une décidue ; les vaisseaux y sont très développés et tous les tissus, ainsi que le muscle, sont le siège d'un œdème.

Dans la région correspondant à la cavité utérine, la môle est couverte par la fine couche dont nous avons déjà parlé. Au microscope, on voit qu'elle est constituée par du tissu fibreux. En suivant la cavité, sur les parois utérines, correspondant à la muqueuse, on voit une décidue, la decidua vera.

L'investigation microscopique confirme les observations faites à l'œil nu, en démontrant l'absence, dans le muscle utérin, d'une invasion d'origine maligne.

OBSERVATION II

Môle vésiculaire dans l'utérus

par C. SAUVAGE, accoucheur des hôpitaux de Paris (1)

A. — Etude de la pièce

La pièce enlevée comprend l'utérus et les annexes.

La section a porté sur le col à 18 millimètres au-dessous de l'orifice interne.

L'utérus est régulièrement ovoïde, à grosse extrémité supé-

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1913, page 193.

rieure, et très augmenté de volume. Il mesure 0 m. 196 de hauteur et 0 m. 112 de largeur maxima, à hauteur des insertions tubaires. Une section verticale et médiane a été pratiquée sur la paroi antérieure et permet d'apercevoir de nombreuses vésicules typiques. Les vésicules molaïres sont légèrement rétractées par l'action du formol ; elles sont de dimensions très variables ; les plus volumineuses n'excèdent pas le volume d'un petit grain de raisin. Le contenu est clair.

Les grappes de vésicules ne sont pas orientées au hasard, mais suivant une direction générale et commune. Elles sont très nettement appendues à une partie de la paroi utérine. Cette zone d'insertion est presque entièrement limitée à la partie supérieure et droite de la cavité utérine, où elle occupe la moitié correspondante du fond, la corne et la région haute des parois. Elle n'empiète sur la moitié gauche du fond de l'utérus que sur une étendue de 18 millimètres en avant, et 22 millimètres en arrière.

En dehors de cette zone, la paroi utérine ne présente que des rapports de contact avec la môle, dans toute l'étendue de la moitié gauche et dans le tiers inférieur de la moitié droite. Après incision de la ligne médiane antérieure, on peut facilement décoller l'utérus de la môle et le rabattre à la façon d'un volet dans toute l'étendue de cette zone de contact. Le clivage se fait dans l'épaisseur d'une épaisse couche de fibrine brun rougeâtre dont un feuillet est entraîné par la paroi utérine et dont la masse principale reste adhérente à la môle.

La surface de la môle apparaît alors recouverte, en dehors de la zone d'insertion, par une fausse membrane fibrineuse, reste d'hémorragies anciennes, et qui lui constitue un revêtement à peu près continu. Cette fausse membrane est particulièrement nette au pôle inférieur de l'œuf. Par places, la fibrine s'est accumulée au point d'envahir la môle elle-même sur plusieurs centimètres d'épaisseur.

La masse de la môle ne contient pas de traces de fœtus, ni d'annexes.

Dans aucun point on n'a pu constater d'amincissement de la paroi utérine en rapport avec une pénétration des vésicules.

Au voisinage de l'orifice interne du col, on remarque trois petits kystes, à contenu clair et transparent, mesurant les dimensions d'une tête de grosse épingle, enchassés dans la muqueuse

cervicale. On pourrait penser, à première vue, qu'il s'agissait d'une greffe ou d'une métastase de vésicules môleires.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait seulement de petits kystes glandulaires.

B. — Etude histologique

I. — LA MOLE

1° *Vésicules*. — Les vésicules ont l'aspect ordinaire. Elles sont habituellement rétractées par les réactifs et ne présentent plus l'aspect régulier qu'elles avaient à l'état frais. Elles sont constituées essentiellement par un tissu conjonctif extrêmement lâche, formé de cellules fusiformes et étoilées, très éloignées les unes des autres et s'anastomosant par leurs prolongements. Les espaces intercellulaires, très larges, sont tout à fait ou à peu près clairs et traversés par une fibrillation assez rare due à l'anastomose des prolongements cellulaires.

Dans les espaces interfibrillaires d'un certain nombre de vésicules, on peut caractériser la présence de mucus par la coloration rouge métachromatique, sous l'action du bleu polychrome de Unna.

C'est, en somme, un tissu conjonctif embryonnaire.

Dans le pédicule d'insertion de certaines vésicules, le tissu conjonctif est un plus dense ; les éléments cellulaires et fibrillaires y sont plus rapprochés et disposés parallèlement.

On ne trouve, nulle part, traces de vaisseaux.

Le revêtement des vésicules est constitué par une masse protoplasmique prenant fortement les colorants, légèrement basophile, sans traces de séparations intercellulaires et semée de noyaux assez rapprochés.

Le revêtement protoplasmique est partout continu.

Cette couche plasmodiale présente par places des épaississements et des bourgeonnements renfermant toujours de nombreux noyaux. En certains endroits, on trouve des plasmodies isolés, figurant des cellules géantes plasmodiales appliquées à la surface du revêtement des vésicules.

Souvent de préférence au niveau des bourgeons et plaques, le

plasmode présente de larges vacuoles. Certains noyaux sont très volumineux et chargés de chromatine. Assez rarement, les noyaux sont altérés par pycnose ou caryorrhéxie.

En aucun point on ne trouve de cellules de Langhans, à moins de considérer comme telles quelques éléments épars dans le stroma des vésicules et qui se présentent sous l'aspect de cellules arrondies, à protoplasma assez fortement coloré et à noyau nettement visible. Ces éléments ont sensiblement la taille des moyens mononucléaires, mais en diffèrent par leur plus grande richesse en protoplasma.

Des dépôts fibrineux, assez nombreux, recouvrent la surface du plasmode ; par places, des fragments de cette fibrine sont complètement ou incomplètement englobés par la masse plasmoidiale. Il est facile de suivre sur les figures tous les stades de cette phagocytose, depuis le simple contact jusqu'à l'englobement complet des fragments de fibrine par la couche plasmoidiale.

2° *Revêtement de la môle.* — Dans presque toute son étendue, la surface de la môle est recouverte par une fausse membrane faisant défaut dans des régions assez limitées où les vésicules prennent contact direct ou insertion sur la paroi utérine.

Cette sorte de revêtement est constitué par des stratifications de fibrine, dans l'épaisseur desquelles on distingue mal des éléments cellulaires en voie de nécrose ; on n'y retrouve aucune structure.

La surface de la môle n'est représentée par une véritable membrane que dans une région assez étendue paraissant répondre à la zone péri-apicale. Dans cette région, il y a une membrane de tissu conjonctif lâche, embryonnaire, déchiquetée par places et revêtue sur sa face ovulaire par une couche de protoplasma semée de noyaux inégaux, irréguliers et parfois pycnotiques. Il s'agit vraisemblablement d'un fragment de la paroi vésiculaire et non pas d'une membrane vraie.

II. — PORTION DE L'UTÉRUS CORRESPONDANT A LA MOLE

1° *Caducue.* — La caducue ne présente pas d'épaississement appréciable. Les cavités glandulaires paraissent normales comme nombre, dimensions et revêtement.

Dans les parties superficielles, il y a un revêtement continu et épais de fibrine. Dans les parties profondes, on retrouve des blocs de fibrine, irréguliers, les uns petits, les autres assez étendus. Il n'est pas très rare de voir la fibrine entourer et séparer les unes des autres un groupe de cellules déciduales.

Pas de vascularisation anormale ; pas d'hémorragies récentes, si ce n'est dans quelques points très clairsemés et très peu étendus.

Diapédèse à prédominance polynucléaire, diffuse et marquée dans toute la caduque.

Dans une région assez étendue l'infiltration polynucléaire est très dense ; de nombreuses cellules diapédétiques sont nécrosées : il y a presque l'apparence d'un petit abcès intra-décidual. Par places, l'infiltration leucocytaire est, au contraire, très atténuée.

2° *Rapports de la môle avec la caduque.* — La surface de la caduque est limitée le plus souvent par les strates fibrineux déjà décrits. Cependant, dans certains points, il y a un revêtement continu de cellules déciduales disposées sur une ou plusieurs couches. En d'autres endroits, la surface de la caduque est recouverte sur une étendue variable par du plasmode dominant, suivant le cas, l'apparence d'une plaque ou d'une cellule géante.

Au niveau des vésicules, qui sont encore adhérentes à la caduque, il y a simple apposition de tissus. La vésicule, revêtue de son plasmode au complet, appuie sur la caduque, avec ou sans interposition de cellules géantes ou de fibrine.

Il existe cependant une intrication peu marquée des éléments déciduaux et ovulaires.

Des îlots et même des manchons de cellules déciduales sont appliqués à la surface de quelques vésicules, alors même qu'elles sont assez éloignées de la caduque.

Inversement, on trouve parfois des villosités choriales complètes dans l'intérieur d'une lumière glandulaire ou plus rarement à l'intérieur d'un vaisseau. Ces villosités ne présentent que les signes de début d'une transformation vésiculaire ; mais pas plus que les vésicules molaïres libres, elles ne sont pourvues de vaisseaux.

Ces processus de pénétration de la môle dans l'intérieur de la caduque sont exceptionnels ; on n'en retrouve qu'une ou deux images sur des coupes très étendues.

3° *Muscle utérin*. — Les fibres musculaires sont nettement hypertrophiées, mais ne présentent pas d'altérations appréciables.

Le tissu conjonctif interfasciculaire est lâche et œdémateux. Les cellules conjonctives sont en réaction inflammatoire légère et paraissent un peu multipliées. Les leucocytes, surtout les mononucléaires, semblent plus nombreux que dans un tissu au repos. Ils forment, particulièrement au voisinage des vaisseaux, quelques amas étendus, à prédominance mononucléaire, plus rarement polynucléaire.

Les réactions cellulaires et l'œdème sont surtout marqués dans la portion externe de la paroi et au-dessous de la séreuse.

Les vaisseaux ne paraissent pas présenter de lésions en dehors d'une très légère tuméfaction des cellules endothéliales, en rapport avec la réaction minime des cellules fixes.

Sur une seule artère, il y a un œdème assez marqué dans la tunique moyenne, avec un début de thrombose caractérisé par la réaction endothéliale plus accentuée et la présence de quelques tractus de fibrine dans la lumière du vaisseau.

En aucun point, on ne trouve de plasmode dans l'épaisseur du muscle utérin.

La partie profonde des culs-de-sac glandulaires de la caduque pénètre entre les faisceaux les plus internes du muscle.

III. — PORTION EXTRAORDINAIRE DE L'UTÉRUS

1° *Caducue*. — Elle présente des caractères différents au niveau du corps et du col.

Dans la portion inférieure de la cavité du corps utérin qui est en rapport moins intime avec la môle et à ce point de vue mérite le nom d'extra-molaire, la muqueuse présente un épaissement et des modifications déciduales très apparentes.

Cette hypertrophie et ces transformations histologiques sont surtout marquées immédiatement au-dessous de la limite de contact utéro-molaire.

Elles s'atténuent ensuite progressivement de haut en bas vers le col où elles deviennent peu apparentes.

Cette caduque vraie est le siège d'une infiltration leucocytaire marquée, à prédominance polynucléaire et d'une nécrose cel-

lulaire étendue. Les altérations occupent toutes les couches superficielles de la caduque, sur une très notable épaisseur ; mais on les retrouve encore fréquemment dans les parties profondes, sous forme de placards. Il y a par places de minimes hémorragies.

Dans le col, la muqueuse est beaucoup moins épaisse et les transformations déciduales, sont plus accentuées. Les glandes sont clairsemées, mais très hypertrophiées, leur lumière est considérablement agrandie et visible sous forme de grandes cavités à parois irrégulières, tapissées par un épithélium bien conservé. Dans l'intervalle le stroma est raréfié.

L'ensemble donne l'aspect évident d'une métrite glandulaire hypertrophique.

2° *Couche musculaire*. — Elle ne paraît présenter aucune altération pathologique. Des fibres musculaires sont nettement visibles dans l'épaisseur du col ; elles sont très sensiblement moins volumineuses que dans le corps.

C. — Examen des ovaires

Les ovaires sont remarquables par le nombre des corps jaunes anciens et récents.

Sur la coupe d'un des ovaires, on constate la présence de deux corps jaunes de date certainement récente, volumineux, nettement visibles à l'œil nu et mesurant après l'action des liquides fixateurs : l'un 5 m/m sur 1 m/m 6 ; l'autre 5 m/m 5 sur 3 m/m 5. Ces corps jaunes sont constitués par l'agglomération de cellules bien vivantes, à protoplasma presque toujours clair et disposées en travées par l'orientation radiée de fins capillaires.

Sur la même coupe transversale de l'ovaire on compte onze corps jaunes anciens, cicatriciels, bien reconnaissables à leur tissu fibreux, presque homogène, dessinant des figures godronnées.

Sur l'autre ovaire, beaucoup plus gros macroscopiquement, on trouve également deux corps jaunes tout à fait récents, très semblables aux précédents. Cependant au niveau de l'un d'entre eux, les cellules de la partie centrale sont dégénérées et remplacées par un tissu nécrosé dans lequel on reconnaît

encore des silhouettes de vaisseaux. Par contre les cellules de la périphérie sont très analogues à celles décrites plus haut, avec cette restriction qu'elles sont peut-être plus inégales de taille, plus souvent foncées et que dans les cellules claires les vacuoles sont plus grosses.

Sur la même coupe transversale de cet ovaire, on trouve les traces de 27 corps jaunes anciens nettement différenciés.

Enfin on voit encore sur cette coupe deux follicules de Graff en pleine évolution normale, l'un plus jeune ne contenant pas encore de liquide vésiculaire, l'autre plus avancé, très proche de la maturation, contenant un liquide abondant, avec des cellules de la granuleuse groupées en un disque prolifère contenant un ovule et une paroi conjonctive franchement amincie vers la surface de l'ovaire.

Il ne semble pas qu'il y ait des lésions inflammatoires des ovaires. Partout où il est conservé, l'épithélium de revêtement est formé de cellules cubiques. Cependant dans l'ovaire le moins volumineux, on trouve au niveau du hile un très petit îlot arrondi, complètement calcifié et entouré d'une mince pelli-cule collagène.

OBSERVATION III

De M. le docteur AUBERT, chirurgien des hôpitaux de Marseille (1)

L'examen microscopique des pièces pratiqué par M. le professeur Grynfeldt a révélé les faits suivants :

1° La môle, sur les vésicules non dégénérées, est constituée de la façon suivante : le trophoderme possède par places ses deux couches normales, profondément des cellules cubiques claires, à la surface le plasmodium. Celui-ci, fait d'un cytoplasma très colorable et finement vacuolaire, porte de nombreux bourgeons plus ou moins exubérants avec des noyaux très polymorphes. Le stroma conjonctif de ces vésicules est dépourvu de vaisseaux et forme à la périphérie une coque sous-ectodermique d'aspect muqueux ; au centre ses éléments atteints de dégénérescence granuleuse, sont réduits à l'état de grumeaux albuminoïdes à peine colorables, dans une cavité plus ou moins spacieuse.

(1) *In Thèse*, LORIOT, Montpellier, 1921.

2° La paroi utérine ne présente rien d'anormal, à part quelques bourgeons plasmodiaux et de grosses cellules à noyaux atypiques et monstrueux, qui, détachés du trophoblaste des vésicules adjacentes, s'appliquent contre les éléments de la musculature utérine, les plus voisins de la surface placentaire. Mais ils ne pénètrent pas dans la profondeur du muscle.

3° Le kyste ovarique a pour paroi un tissu riche en cellules à lutéine, disposées en séries parallèles ou en cordons épithéliaux. Ces cordons orientés radiairement, rappellent par leur agencement la structure du corps jaune.

OBSERVATION IV

Observation personnelle de M. le professeur COMMANDEUR.

Six mois après la prise il est procédé à l'examen de la pièce :

A. — Examen de l'utérus

L'utérus mesure dix-sept centimètres de long, son épaisseur maxima est de 8 cm. 7 et sa largeur maxima de 14 centimètres.

La coupe a porté sur la face antérieure de l'utérus, à peu près au niveau de la ligne médiane ; elle démontre une môle hydatiforme en place dans l'utérus et adhérente sur la plus grande partie de son étendue. Cette môle vésiculaire est insérée sur la partie postérieure et le fond. Contre la paroi antérieure existe une fente assez béante qui paraît être la cavité amniotique ; celle-ci mesure trente-trois millimètres de long. A ce niveau existe un épaississement hémorragique, sorte d'infiltrat sanguin de la môle, qui mesure quinze millimètres d'épaisseur. En outre au niveau du col existe un caillot qui s'effile dans

l'orifice interne, mais dont l'aspect se confond avec celui du tissu molaire (fig. 1).

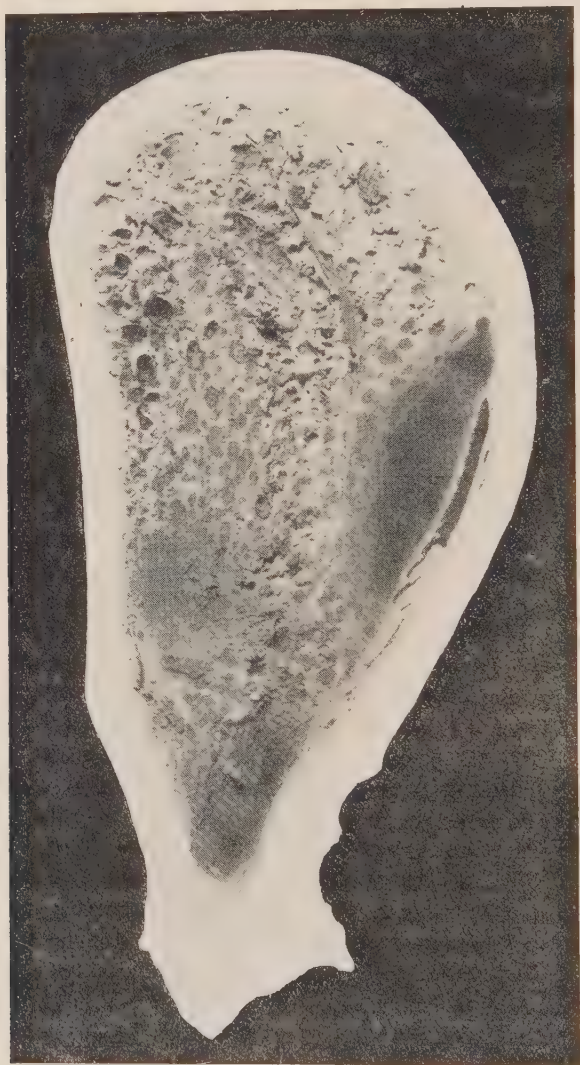


FIGURE I

Môle hydatiforme remplissant la cavité utérine. A droite, fente représentant vraisemblablement la cavité amniotique. Remarquer deux points spécialement hématisés: l'un au niveau de la cavité, l'autre au niveau de l'orifice interne du col.

La pièce pèse onze cent cinquante grammes. Elle est constituée par un ensemble de vésicules, de volume très différent, que la coupe a ouvertes pour la plupart. Leur contenu, profondément modifié par le formol, est grisâtre et compact. Certaines vésicules toute petites ont été épargnées par le couteau et se présentent sous la forme de grains de raisins minuscules. Leur membrane d'enveloppe a une teinte grisâtre et se trouve légèrement flétrie par le liquide de conservation.

La caduque est nette sur tout le pourtour de la pièce, et le muscle utérin, bien égal dans son épaisseur, n'est pas pénétré par des vésicules, tout au moins dans la partie sur laquelle la coupe a porté.

Des prises ont été faites en différents points en vue de l'examen histologique.

B. — Examen des ovaires

Les deux ovaires sont manifestement augmentés de volume, surtout l'ovaire gauche ; tous deux présentent à leur intérieur des kystes évidents. L'ovaire gauche pèse 35 grammes, le droit 15 grammes. A la coupe, ils sont le siège de petits kystes dont le volume moyen varie d'un petit à un gros pois. L'ovaire gauche en présente un plus volumineux, qui atteint, en effet, le volume d'une cerise et diffère nettement des autres par son aspect. Il est entouré d'une membrane, d'environ un millimètre d'épaisseur, qui frappe par sa coloration jaune pâle. Cette membrane est, elle-même, recouverte d'une fine pellicule blanchâtre. Cette disposition est facilement reconnaissable sur la figure 2.

Ces kystes semblent résulter de l'évolution anormale des corps jaunes de la grosse môle.

C. — Etude histologique

Nous avons examiné de nombreuses coupes prélevées en des points très différents de la pièce et cette étude microscopique nous a permis de faire les constatations suivantes.

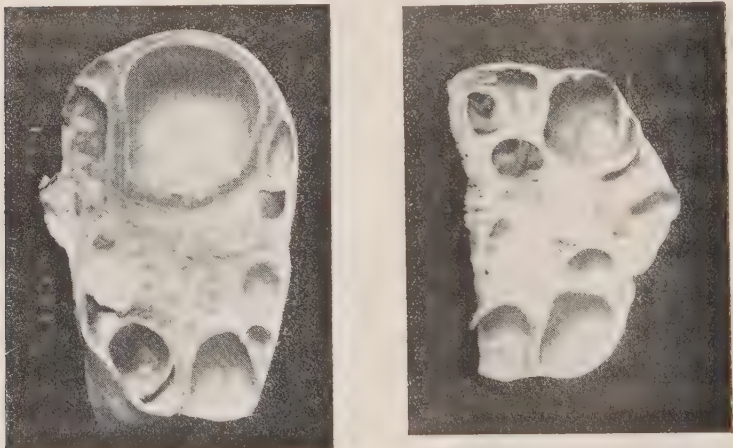


FIGURE II

Coupe des deux ovaires kystiques. L'ovaire gauche présente un kyste plus volumineux que les autres, développé aux dépens du corps jaune. Cette particularité est facilement reconnaissable à un liseré plus foncé, formé par une couche de cellules à lutéine, qui entoure la totalité du kyste.

Nous commencerons cet exposé par l'étude des éléments constitutifs de la môle.

Vues à un faible grossissement, les coupes nous montrent des villosités môleaires de dimensions très différen-

tes. Celles-ci sont essentiellement constituées par une bordure cellulaire plus ou moins volumineuse, supportée par un stroma. Nous retrouvons là les différents éléments qui constituent la villosité placentaire normale : syncytium, cellules de Langhans, stroma conjonctif. Un plus fort grossissement va nous permettre d'étudier ces éléments en détail et de voir les modifications apportées dans leur ordonnance.

1° *Stroma*. — Le tissu de soutien des vésicules est un tissu conjonctif jeune, formé de cellules étoilées, noyées dans une fibrillation plus ou moins dense et s'anastomosant par leurs prolongements. L'ordonnance de ce tissu de soutien est très variable selon les dimensions de la vésicule considérée. Dans les villosités mûlaires, de grandes dimensions, les cellules sont tassées sous la couche limitante, disposées à la file, et presque parallèlement à celle-ci. Puis, à mesure que nous gagnons le centre de la vésicule, nous voyons ce tissu cellulaire devenir de plus en plus lâche, pour faire place à une substance amorphe qui n'est autre que le liquide de la vésicule coagulé par les réactifs. (Figure 3.)

Dans les petites villosités mûlaires, au contraire, le tissu conjonctif reste dense et offre à l'œil une fibrillation aussi serrée au centre qu'à la périphérie.

Sur aucune coupe, nous n'avons pu déceler, dans le stroma, traces de capillaires fœtaux.

Si le tissu de soutien de la villosité mûlaire offre un aspect presque normal, à part l'absence de capillaires, nous nous trouvons, dans la couche cellulaire périphérique, en face de l'anarchie la plus complète.

Cette couche est normalement constituée par deux assises cellulaires très régulièrement ordonnées : l'une profonde, formée par les cellules dites de Langhans, cellules cubiques ou polyédriques à espaces intercellulaires nets, l'autre superficielle, le syncytium ou plasmodium,

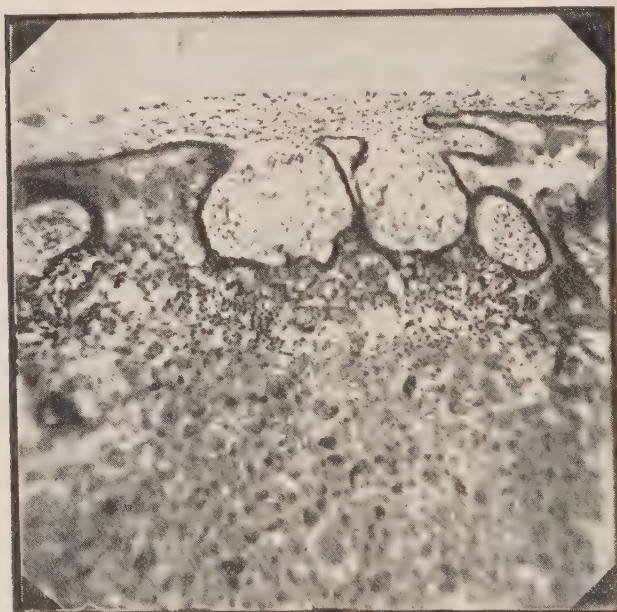


FIGURE III

La photographie montre le contact d'une vésicule molaire et de la caduque. En haut : paroi d'une grande vésicule hydropique montrant sa couche conjonctive périphérique. Au delà, liquide vésiculaire. Vésicules filles, non hydropiques, greffées à la paroi de la grande vésicule et ayant un stroma plein et une bordure sombre de syncytium. En dessous, éléments syncytiaux, reconnaissables à leurs petits noyaux sombres, envahissant la caduque en désintégration. En bas, cellules déciduales typiques.

revêtant la précédente d'une couche protoplasmique uniforme très riche en noyaux.

Toute autre est la disposition que nous trouvons dans les coupes de la pièce.

2° *Cellules de Langhans*. — Ces cellules offrent des modifications profondes dans leurs formes, mais surtout dans leurs groupements. Elles sont assez volumineuses, à protoplasma clair, à noyaux généralement bien colorés, occupant le centre de la cellule et parfois l'envahissant presque entièrement. Leurs limites intercellulaires sont bien marquées.

Dans les villosités môlaires, au lieu d'être réparties uniformément, elles sont, en général, groupées en amas plus ou moins important à un pôle de la vésicule. Souvent même, à ce niveau, le syncytium s'est rompu et la masse cellulaire fait hernie à l'extérieur.

Entre les vésicules enfin, on peut voir des amas de cellules de Langhans, complètement libres, recouverts partiellement de fibrine. Les cellules y présentent toujours leurs caractères typiques ; mais souvent les noyaux et le protoplasma sont vacuolaires.

3° *Syncytium*. — A la périphérie de toutes les vésicules, nous voyons une couche protoplasmique continue ; son protoplasma est finement granuleux et ses noyaux fortement colorés. C'est le syncytium ou plasmodium, qui, suivant les points considérés, est en contact direct avec le stroma ou séparé de ce dernier par les cellules de Langhans.

Ce plasmode n'a pas toujours la même épaisseur, tantôt mince et figuré par une seule rangée de cellules, tantôt épais, et dans ce cas à noyaux superposés en plusieurs couches.

Mais la lésion la plus frappante de ce syncytium est sa prolifération, qui se traduit de façons différentes suivant son degré. De la paroi d'une vésicule molaire, partent des renflements ou bourgeons syncytiaux. Dans les uns, il est impossible de reconnaître d'autres éléments cellulaires que ceux du plasmode ; dans les autres, au contraire, nous retrouvons le stroma de soutien, qui se continue par un pédicule avec celui de la grande vésicule. C'est, en somme, une vésicule fille greffée à la paroi d'une vésicule mère. (Figure 3).

Certains de ces amas plasmodiaux ont subi une dégénérescence vacuolaire et ont pris, d'après l'expression très juste de Marchand, l'aspect de gâteaux de miel.

4° *Caducue*. — Ces éléments môlaires, ainsi formés, vont se trouver au contact de la paroi utérine, qui n'aura pour se défendre qu'une caduque fortement amoindrie.

Il est néanmoins facile de retrouver par place des amas de cellules déciduales nettes, avec leurs caractères typiques. Tantôt arrondies, tantôt polygonales, ce sont de volumineuses cellules, accolées les unes aux autres, entre lesquelles on arrive à déceler de fines fibrillations. Leur noyau pâle est relativement volumineux, et leur protoplasma peu coloré, de couleur un peu jaune brique. (Figure 3).

Mais dans la plus grande partie de son étendue, la caduque est en voie de désintégration. Les cellules ont perdu leurs caractères, les cloisons intercellulaires ont disparu, les noyaux sont en pycnose. Et c'est dans ces points que la pénétration des villosités est poussée le plus près du muscle utérin.

Un examen attentif permet de découvrir de nombreux éléments cellulaires, étrangers à la caduque, qui s'infiltrant en elle et la pénètrent, et sont cause de sa désagrégation. Nous retrouvons là les cellules de Langhans et des masses plasmodiales. Les unes et les autres se

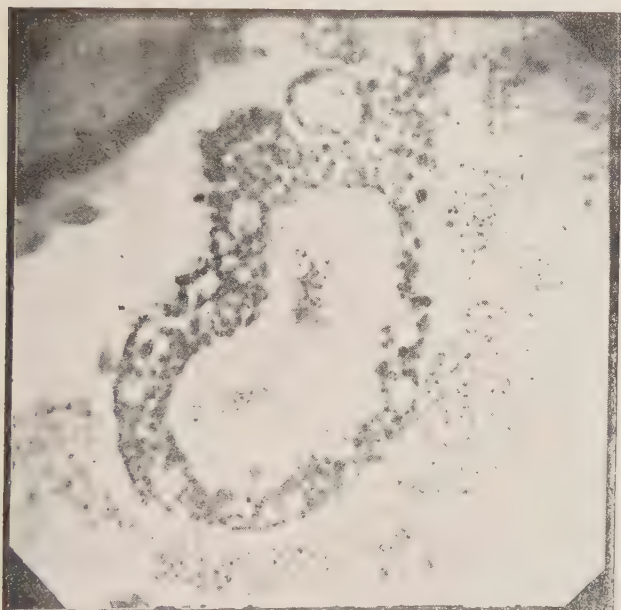


FIGURE IV

Masse volumineuse de cellules de Langhans, limitant une grande cavité vacuolaire.

présentent sous des aspects différents selon les parties examinées.

En étudiant des cellules déciduales à un fort grossissement, on note au milieu de ces éléments, très facilement reconnaissables par leur protoplasma un peu jaune brique, d'autres éléments cellulaires généralement assem-

blés par trois ou quatre, dans des espaces limités par des cellules de la décidue. Ces cellules, souvent vacuolaires, ont un protoplasma un peu violet, des noyaux relativement gros et vésiculeux. Nous sommes, sans aucun doute, en présence de cellules de Langhans.

L'attention est attirée également par de volumineuses cellules, isolées au milieu des éléments déciduaux. Ces cellules ont un amas de noyaux très colorés, tassés les uns contre les autres et donnant l'aspect d'un gros noyau unique, muriforme. Ce sont des éléments plasmodiaux envahissant la caduque.

Mais si la recherche de pareils éléments est délicate, bien plus facilement identifiables sont des colonies cellulaires que l'on rencontre en moins grand nombre dans la caduque.

Une de nos photographies (fig. 4) reproduit une masse de cellules de Langhans très vacuolaires, à gros noyaux vésiculeux. Autour de cette masse, la caduque est complètement dégénérée et la décidue est le siège d'une infiltration sanguine.

De telles dispositions sont rares ; plus fréquentes sont les masses syncytiales en pleine caduque. Ces éléments sont, par place, groupés en masses denses, foncées, bourrées de petits noyaux. Ailleurs, il ne sont représentés que par de petites masses irrégulières, sinueuses, restant en général assez proches les unes des autres. (Fig. 5).

Ces masses plasmodiales tranchent vivement, par leur coloration foncée, avec la caduque dégénérée qui est à leur contact et dans laquelle on voit encore, de ci, de là, des cellules déciduales en karyokinèse, signe évident d'irritation de la caduque.

Notons enfin que la décidue est le siège d'une infiltration cellulaire, à prédominance polynucléaire, très irrégulièrement répartie. Par places on rencontre, en effet, de véritables amas de polynucléaires qui semblent infiltrer toute l'épaisseur de la caduque.

En aucun point des coupes, que nous avons examinées,

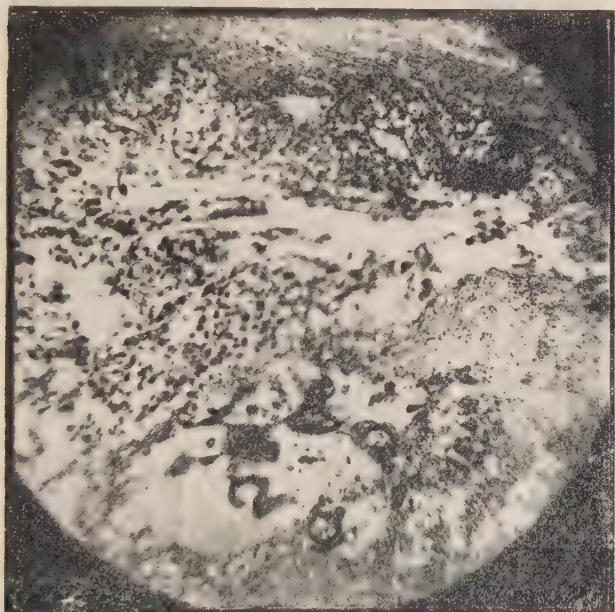


FIGURE V

La photographie montre des flots de cellules déciduales complètement dissociées, qui entrent en contact avec des masses syncytiales. Celles-ci se présentent en bas sous la forme de masses et de lignes sombres irrégulières. En haut et à droite, fibres musculaires utérines,

nous n'avons trouvé d'éléments syncytiaux en contact direct avec le muscle utérin. Partout, entre eux, était interposée une caduque, plus ou moins dissociée, mais néanmoins bien existante.

5° *Utérus*. — Le muscle utérin ne semble pas présenter de lésions appréciables, quoique à l'examen il paraisse bourré de petits éléments arrondis. Un grossissement plus fort montre que la majorité de ces éléments est composée de petits grains foncés et irréguliers. Ceux-

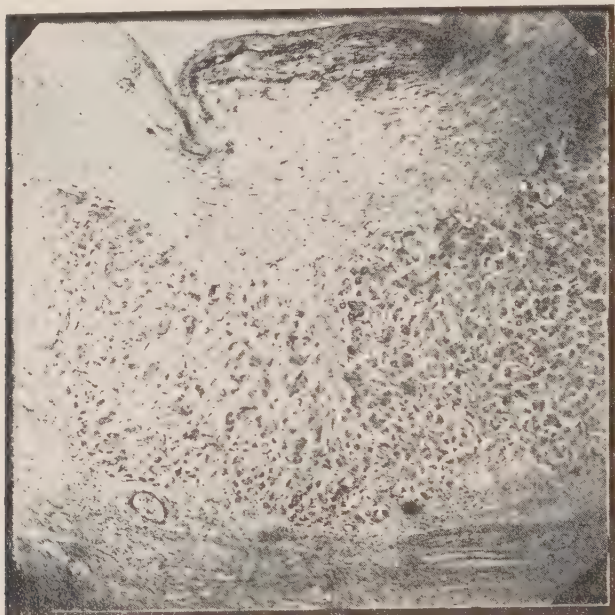


FIGURE VI

Coupe de la paroi du grand kysté de l'ovaire gauche. A la partie supérieure, tissu conjonctif l'imitant la cavité kystique et poussant une cloison verticale dans les cellules à lutéine. A la partie moyenne, cellules de la granulosa. A la partie inférieure, stroma de l'ovaire.

ci ne peuvent être que des précipités dus au long séjour de la pièce dans le formol.

Les autres sont de petites cellules rondes dont la présence et le nombre n'ont absolument rien de pathologique.

En aucun point on ne trouve de masses plasmodiales dans l'épaisseur du muscle utérin.

6° *Ovaires*. — La disposition un peu particulière, en deux couches, de la membrane d'enveloppe du grand kyste, disposition visible à l'œil nu (figure 2), nous est pleinement confirmée par l'examen microscopique.

En partant de la cavité du kyste, on rencontre d'abord une zone de tissu conjonctif peu serré, dont la partie immédiatement superficielle est un peu plus dense et se colore plus vivement. Cette zone est formée de cellules fusiformes et étoilées, s'anastomosant largement entre elles. On y voit quelques vaisseaux.

Cette zone repose sur une assise de cellules, serrées les unes contre les autres. Ce sont des éléments cellulaires polyédriques, à contours nets, à gros noyaux excentriques. Nous sommes là en présence de cellules de la granulosa, s'étageant sur une grande profondeur. Elles sont supportées par un tissu conjonctif lâche, à fines fibrillations, dans lequel on découvre de nombreux capillaires.

Cette assise cellulaire est coupée perpendiculairement, de loin en loin, par des prolongements conjonctifs, partant de la couche conjonctive ci-dessus décrite et pénétrant profondément entre les cellules lutéiniques. Cette disposition est très nettement visible sur la figure 6.

Enfin, au delà, nous trouvons le stroma de l'ovaire avec ses vaisseaux et quelques follicules.

OBSERVATION V

Pièce provenant de la clinique de M. le professeur POLLOSSON, enlevée par M. le docteur PELLANDA.

La pièce que nous allons étudier est constituée par l'utérus et les annexes.

Le poids total de la pièce est de 200 grammes.

L'utérus a été incisé sur la ligne médiane de la paroi postérieure. Sa hauteur totale est de 9 centimètres, sa largeur de 6. La hauteur du col est de 2 cent. 5.

La muqueuse utérine n'est pas modifiée. Dans la corne droite, on distingue une dépression, avec un fond très irrégulier, qui est une môle à son début.

L'utérus est sectionné transversalement, à 2 centimètres au-dessous du fond utérin et l'on est frappé par la dilatation très marquée des vaisseaux du côté où se trouve l'œuf. Deux centimètres plus bas l'équilibre vasculaire est rétabli.

On prélève pour l'examen histologique deux fragments de l'utérus : l'un contenant le corps et la muqueuse au niveau de l'insertion de l'œuf, l'autre comprenant le corps et le ligament large à ce même niveau.

L'ovaire droit est fortement kystique. Il mesure 8 cm. sur 6 et pèse 60 grammes. Il est le siège de deux kystes volumineux ; le plus grand mesure 3 cent. 5 de diamètre, le plus petit 3 cent. 5 sur 2 cent. 7. Il en existe de plus petits, entre autres un presque pédiculé.

L'ovaire gauche est fortement kystique. Il mesure 3 centimètres sur 2 cent. 5 et pèse 10 grammes. La coupe démontre deux kystes de la grosseur d'un pois, côte à côte.

Sous l'influence du formol, le contenu des kystes s'est coagulé sous forme d'une masse gélatineuse, transparente.

*
* *

L'examen histologique des différents fragments ne nous a pas permis de rencontrer de vésicules môleaires, quoique macroscopiquement la lésion fut évidente au moment où l'utérus fut examiné pour la première fois. Cela tient, sans doute, à ce que les manipulations successives, au cours de nombreux examens, ont détérioré la partie de la muqueuse utérine où était greffée la môle hydatiforme à son début.

CONCLUSIONS

I. — Dans les observations I et IV, la môle remplit toute la cavité utérine, sauf en un point, qui paraît être la cavité amniotique.

Dans les observations I, II et IV on ne trouve pas traces d'embryon. Dans le cas III, il n'en est pas fait mention.

II. — Dans les pièces I et IV, les vésicules molaïres paraissent noyées dans du sang qui semble remplir la cavité utérine.

III. — Au microscope, on reconnaît nettement les éléments typiques de la môle, avec des villosités du type hydatiforme et des villosités plus petites non hydropiques, au tissu cellulaire bien reconnaissable. Sur les villosités, qui sont au contact de la caduque, on remarque toutes les formations habituelles aux môles : masses syncytiales, à noyaux très multiples, et cellules de Langhans à vacuoles, dont quelques-unes sont considérables.

IV. — La caduque se présente dans un état de désintégration très avancée ; en aucun point nous n'avons

trouvé de caduque vraiment normale. Voici les lésions que nous y avons observées :

a) Pénétration dans la caduque de groupes de cellules de Langhans et de masses plasmodiales, qui, en certains points, semblent englober des îlots de cellules déciduales ;

b) Dissociation des éléments cellulaires de la caduque dont les cellules paraissent véritablement s'égrener au contact des éléments molaire ;

c) Infiltration de la caduque par de petites cellules rondes à noyaux fins et très colorés. Cette infiltration s'étend sur toute la hauteur de la décidue et paraît même par places s'être substituée aux cellules de la caduque.

V. — En aucun point des nombreuses coupes examinées, nous n'avons vu le muscle utérin atteint par les éléments molaire. Partout la caduque, malgré ses altérations profondes, semble suffire à la protection des fibres musculaires de l'utérus.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COMMANDEUR.

VU :

LE DOYEN :

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 décembre 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BOVIS (DE). — Le corps jaune, *Semaine Médicale*, 1906, p. 61.
- CORNIL. — Kystes développés dans le corps jaune (*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, juin 1905, p. 489).
- CHRISTOPHER MARTIN. — *Transaction of the Edimburgh obstetrical Society*, 1896, vol. XXI.
- DAVARIS CONSTANTIN. — Môle hydatiforme et dégénérescence kystique des ovaires (*Thèse*, Paris, 1915).
- DURANTE. — Contribution à l'étude du processus histologique et de la pathogénie de la môle hydatiforme (*Bulletin Soc. d'Obst.*, Paris, 1907, p. 244).
- Lésions des vaisseaux fœtaux dans la môle (*La Gynécologie*, Paris, 1909, XIII, p. 1).
- FAVELL. — *North of England obst. and gynæcol. Transaction*, 1907.
- FERGUSON. — Unusual case of hydatiforme mole, dealt with by abdominal hysterectomy (*Transaction of the Edimburgh obstetrical Society*, XXXVIII, 1913, p. 260).
- FISCH. — Considérations sur l'anatomie pathologique des kystes lutéiniques associés à la môle hydatiforme (*Thèse*, Paris, 1919-1920).
- FORGUE et MASSABUAU. — L'ovaire à petits kystes (*Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1910, t. XIV, p. 97, 209, 305).

- FOTHERGILL. — Hysterectomy for hydatif. mole (*Journal of obst. and gyn. British Empire*, Londres, 1914, p. 86, XV).
- FRASSI. — Histologie de la môle (*Annali di Obst. et Gynecol.*, janvier 1905, n° 1, p. 57).
- LIVADAS. — De la coexistence de la môle hydatiforme et de la dégénérescence kystique des ovaires (*Thèse*, Lyon, 1905-1906).
- LORiot. — Contribution à l'étude des rapports entre la dégénérescence kystique lutéiniques des ovaires et la môle hydatiforme (*Thèse* Montpellier, 1921).
- NATTAN LARRIER. — Nature de la môle hydatiforme (*Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1908, p. 203).
- POUGET. — Lésions kystiques des ovaires au cours de la môle hydatiforme (*Thèse* de Toulouse, 1912).
- SAUVAGE. — Môle vésiculaire dans l'utérus (*Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1913, p. 193).
- STOFFEL. — Etude sur une môle jeune (*Monatsch. für Geb. und Gyn.*, 1905. Voir : *Obstétrique*, 1905, p. 355).
- THOMAS. — Tumeurs de l'ovaire et môle hydatiforme (*Thèse*, Lille, 1920).
-

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
OBSERVATIONS	11
OBSERVATION I	14
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	41
